

2019 Farmworker Outreach Health Assessment - Adol (12-17)		ORW:	Date:
Privacy	<p>Con mi firma indico que entiendo que se guarda la privacidad de mi información adentro de esta red de salud para los trabajadores agrícolas excluyendo la siguiente instancia: que se sospecha daño a una persona menor de edad, mayor de edad o discapacitada.</p> <p>Firma: _____</p>		
	<p>Nombre (primero, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Est.</p> <p>El idioma que prefiere: <b>Esp/ Ingl/ Otro:</b> _____ ¿Se necesita intérprete? <b>Sí/ No</b></p> <p>Trabajador: <b>Migrante</b> (<input type="checkbox"/> ¿Presente sin padres? <b>Sí/ No</b> H2A?)/ <b>Temporal/ Otro</b> ¿Cómo se considera? <b>Hombre/ Mujer/ Hombre transgénero / Mujer transgénero / Otro/ Me niego a contestar</b></p> <p>¿Qué sexo le asignaron al nacer? <b>Masculino/ Femenino</b> Tipo de vivienda: <b>Dueño de casa/ Alquila/ Del patrón/ No tiene</b></p> <p>Dirección de casa: _____ Ciudad: _____</p> <p>Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____</p> <p>Seguro de salud: <b>Ningún / Medicaid / Medicare / Health Choice / Privado</b> Ingreso familiar (\$ amount): _____</p> <p>Cantidad de ingreso es por: <b>semana / 2 semanas/ mes / año</b> # meses trabaja _____ # personas en la familia: _____</p> <p>¿Hispano o Latino? <b>Sí/ No/ Sin respuesta</b> Raza: <b>Blanca/ Negra/ India americana/ Asiática/ Sin respuesta</b></p> <p>¿Cómo se considera? <b>Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)/ Algo distinto/ Lesbiana, gay u homosexual/ No sé/ Bisexual/ Me niego a contestar</b></p>		
Vitals	<p>Presión sanguínea: _____</p> <p><i>If &gt;120/80, offer health ed. If &gt;140/90, offer referral.</i></p>	<p>Health ed: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>	
General health	<p>¿Hay algo que le preocupe acerca de su salud? (<i>health concerns</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p><i>(If yes) ¿Cómo puedo ayudarle con ese problema? (help requested)</i> _____</p> <p>¿Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica? (<i>prev. diagnoses</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>¿Está tomando (o debería estar tomando) medicinas? (<i>medicines</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p>¿Ha tenido un examen físico en el que le pusieron vacunas, en los últimos dos años? (<i>checkup and vaccines in last 2 years</i>) <i>If no, provide referral to primary care or health department.</i> <b>No/ Sí</b></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b> Health ed on _____ <input type="checkbox"/> <b>Provided</b></p> <p><i>Diabetes, pregnancy, HTN, HIV, TB or abnormal cancer screen, consider MCN</i></p>		
Occupational	<p>¿Trabaja Ud. en el campo? <b>No/ Sí</b></p> <p><i>(If yes) ¿Quisiera más información sobre como protegerse en su trabajo? (como las pesticidas, la insolación o algo más) (workplace health ed) No/ Sí:</i> _____</p> <p><i>(If yes) ¿Se preocupa por condiciones en su trabajo? (como pago injusto, ser expuesto a las pesticidas, otras prácticas ilegales) (workplace concerns) No/ Sí:</i> _____</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b> Health ed on _____ <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b></p>		
BH	<p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido varias veces con poco interés o deseo de hacer cosas? (<i>PHQ-2</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p>Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanzas? (<i>PHQ-2</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p><i>If yes to either question, offer full depression screen (RHS-15)</i></p> <p><i>For positive RHS-15, offer referral</i> RHS-15 <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> Health ed: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b></p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b></p>		
CM	<p>¿Alguien en donde vive o trabaja le hizo sentir amenazado(a) o en peligro? (<i>interpersonal violence and trafficking</i>) <b>No/ Sí</b></p> <p>¿Tiene alguna otra inquietud o preocupación? (<i>other concerns</i>) <b>No/ Sí:</b> _____</p> <p>Referral: <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b> <input type="checkbox"/> <b>Declined</b> Health ed on _____ <input type="checkbox"/> <b>Provided</b> <input type="checkbox"/> <b>Follow up</b></p>		

<b>Communication</b>	<p>¿Cómo podemos comunicarnos con Ud? <i>Ask patient to initial next to each below if OK.</i></p> <p>Número Celular: _____ Teléfono fijo: _____</p> <p>_____ Está bien dejar un mensaje. _____ Está bien dejar un mensaje.</p> <p>_____ Está bien dejar un voicemail. _____ Está bien dejar un voicemail.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje de texto (SMS) aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje por WhatsApp aunque no se garantiza que es totalmente privado.</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____ ¿Cuál método prefiere para comunicar? <i>Mark preference.</i></p> <p>_____ Está bien mandar un mensaje.</p>												
<b>Addtl. Health Ed</b>	<p>¿Sobre cuales temas de salud desea más información? (health ed) <i>Circle those desired and check off if provided.</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Salud dental</td> <td>Planificación familiar</td> <td>verde</td> <td>sexualmentes/ VIH</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>Hipertensión</td> <td>Nutrición</td> <td>Fumar</td> </tr> <tr> <td>Salud emocional</td> <td>La enfermedad del tabaco</td> <td>Infecciones transmitidas</td> <td>El abuso de drogas o alcohol</td> </tr> </table>	Salud dental	Planificación familiar	verde	sexualmentes/ VIH	Diabetes	Hipertensión	Nutrición	Fumar	Salud emocional	La enfermedad del tabaco	Infecciones transmitidas	El abuso de drogas o alcohol
Salud dental	Planificación familiar	verde	sexualmentes/ VIH										
Diabetes	Hipertensión	Nutrición	Fumar										
Salud emocional	La enfermedad del tabaco	Infecciones transmitidas	El abuso de drogas o alcohol										
<b>Notes</b>													